

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

34

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Louis LE BRIS

Né le 18 Avril 1917, à Ancenis (Loire-Inférieure).

Présentée et soutenue publiquement le..... 24 FEV. 1944 19..

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PERFORATIONS UTÉRINES
INSTRUMENTALES
AU COURS DU CURETTAGE POST-ABORTUM

A PROPOS D'UN CAS PERSONNEL

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **LE BRIS.**

Prénoms : **Jean-Louis.**

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

LE BRIS (Jean-Louis). — Contribution à l'étude des perforations utérines instrumentales au cours du curettage post-abortum. (A propos d'un cas personnel). — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

LE BRIS (Jean-Louis). — Contribution à l'étude des perforations utérines instrumentales au cours du curettage post-abortum. (A propos d'un cas personnel). — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

LE BRIS (Jean-Louis). — Contribution à l'étude des perforations utérines instrumentales au cours du curettage post-abortum. (A propos d'un cas personnel). — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

LE BRIS (Jean-Louis). — Contribution à l'étude des perforations utérines instrumentales au cours du curettage post-abortum. (A propos d'un cas personnel). — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Louis LE BRIS

Né le 18 Avril 1917, à Ancenis (Loire-Inférieure).

Présentée et soutenue publiquement le.....19..

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PERFORATIONS UTÉRINES
INSTRUMENTALES
AU COURS DU CURETTAGE POST-ABORTUM

A PROPOS D'UN CAS PERSONNEL

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	N...
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CADENAT.
Clinique des maladies infectieuses	BROCQ.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	MONDOR.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	N...
	N...
	PORTES.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	LEVEUF.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LOEPER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SENEQUE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique	DONZELOT.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etien.)	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DEGREZ (H.).	Physique.	RENARD	Ophthalmologie.
DESOILLE	Médecine légale.	RICHET	Physiologie.
DIGONNET	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	SOULIE	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.		
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE .	} Clinique médicale
BRULE	
CHEVALLIER ..	
LAROCHE Guy ..	
MOREAU	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
GATELLIER	
DE GAUDART ..	
D'ALLAINES ..	
MOULONGUET ..	
MOURE	

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUMB	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS,

A MA BELLE-MERE

A MA SŒUR,

A MES BELLES-SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MA FAMILLE

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

Professeur de la Chaire de Clinique Gynécologique
de l'Hôpital Broca

Chevalier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Hommage de notre respectueuse
reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur BOYER
Chirurgien de l'Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

D^{rs} BOULIN, CHEVRIER, BABONNEIX (in memoriam)
VIGNES, GOUGEROT, VELTER

A MES MAITRES

de l'Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges

les D^{rs} CHABRUT, PATOU, DEROME, D^{sse} SIMON
D^{rs} MARCEL, GALLERAND, GIBERT, ILL

INTRODUCTION

Si les perforations de l'utérus au cours du curettage post-abortum forment la majeure partie des perforations utérines, elles n'en constituent pas moins un accident très rare, en regard du nombre sans cesse croissant des opérations pratiquées pour avortement, nous voulons parler du moins, du nombre des observations, où il semble que les auteurs, par une pudeur excessive ne désirent pas faire de publicité sur des accidents qu'ils pourraient imputer à la maladresse.

Comme nous pourrons le voir plus loin, ces perforations utérines sont dues à des causes fort diverses, mais la part du chirurgien dans la genèse de l'accident est certainement des plus minimes.

Considérées autrefois comme des accidents relativement bénins, on sait aujourd'hui quelle gravité ils peuvent revêtir et combien leur connaissance peut être utile pour intervenir rapidement.

Il nous a été donné, au cours de nos stages hospitaliers, de reconnaître, traiter et opérer une perforation utérine instrumentale post-abortum.

C'est cette observation que nous voudrions rapporter ici en la faisant suivre d'un bref exposé d'ensemble de la question et des quelques réflexions qu'elle nous a suggérées.

OBSERVATION PERSONNELLE

Madame X... 23 ans, mère de deux enfants, consulte le 7 mai 1936 au dispensaire de l'Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges, pour des pertes sanglantes.

Ses dernières règles normales remontent à la fin Décembre 1935, mais depuis un mois et demi environ elle accuse des pertes peu abondantes, noirâtres, irrégulières.

L'examen ne montre rien de particulier à noter, l'utérus est un peu augmenté de volume, indolore, le col légèrement entr'ouvert. Le diagnostic semble évident : il s'agit d'une rétention placentaire à curetter.

Dans les antécédents, outre les deux grossesses normales on ne retient qu'une salpingectomie droite, quelque années auparavant.

Le 9 mai, une laminaire est posée.

Le 10 mai, le Dr Boyer, chirurgien de l'hôpital, pratique, sous anesthésie générale le curettage. L'opération commence par une dilatation du col aux bougies d'Heggar, puis on mesure à l'hystéromètre la hauteur intra-utérine qui est de huit centimètres.

On pratique alors le curettage de la cavité utérine. On sent dans la corne droite une masse molle ; mais le curettage ne ramène absolument rien. On enfonce à nouveau l'hystéromètre et on sent toujours dans la corne droite cette masse molle mais cette fois on a l'impression que l'instrument crève l'œuf et il se produit une issue de liquide. On opère à nouveau aux curettes mais on ne ramène toujours rien.

L'hystéromètre mis en place pour la troisième fois, s'enfonce de 18 centimètre, puis jusqu'à la garde sans rencontrer la moindre résistance.

On pose immédiatement le diagnostic de perforation utérine instrumentale et on arrête aussitôt l'intervention.

La malade est alors mise sous surveillance étroite avec application de glace sur le ventre. La température est de 37°1, le pouls bat à 80 pulsations à la minute. Ces deux examens sont répétés d'heure en heure.

Par ailleurs la malade présente quelques coliques intestinales et une douleur à l'anus ; mais le faciès est normal, il n'y a pas de vomissements, le ventre reste souple. Etant donné cette absence de signes péritonéaux, on décide de surseoir à toute intervention et d'attendre l'évolution en surveillant la malade et en guettant l'apparition d'un syndrome péritonéal.

A 22 heures, soit 10 heures après la première intervention la malade est prise d'une brusque douleur extrêmement violente dans le flanc droit. Cette douleur s'irradie vers la base du thorax droit et vers le rein droit, la température est toujours à 37°1, le pouls bat à 90.

L'examen révèle une légère défense de la paroi, défense plus marquée dans la fosse iliaque droite, siège initial de la douleur. Il n'y a toujours pas de vomissement, le faciès est un peu altéré, il est de coloration normale. La malade présente des sueurs, ses ailes du nez sont battantes.

A 23 heures, le Dr Boyer pratique l'intervention d'urgence, sous anesthésie générale. Incision médiane sous ombilicale.

A l'ouverture du péritoine on constate la présence de sang peu abondant, avec quelques caillots, on découvre immédiatement la perforation de l'utérus qui siège à la face postérieure de celui-ci. Par cette perforation s'écoule du sang. Elle est unique, du diamètre de l'hystéromètre. On ne découvre aucune adhérence à ce niveau, par contre on en retrouve quelques unes au niveau de la trompe droite, siège d'une intervention antérieure.

On extériorise alors l'utérus, celui-ci se présente oblong, piriforme, aux dépens de la corne droite dirigée en haut et à droite. Le sommet est bleuté, ecchymotique. La masse dans son ensemble est très molle, très peu résistante.

On pratique alors une hystérectomie subtotale rapide avec pé-

ritonisation ; on vérifie l'intégrité intestinale en recherchant des perforations possibles, mais il n'en existe pas.

Drain de Mickulicz. Fermeture de la paroi en deux plans aux crins doubles, glace sur le ventre, tonicardiaques.

Le lendemain la température est à 39, le pouls à 125 pulsations. La malade est agitée, la respiration difficile, asphyxique, on lui fait du carbogène. Quelques phénomènes pulmonaires apparaissent. L'état local est satisfaisant.

Trois jours plus tard, l'état est stationnaire, le ventre est souple, malgré une évacuation de gaz difficile, la langue est sèche, des ventouses scarifiées sont appliquées.

L'état général et local s'améliorent ensuite progressivement et la malade quitte l'hôpital dans les délais prévus.

L'examen de la pièce, pratiqué aussitôt après l'intervention chirurgicale a montré l'existence d'une grossesse angulaire avec une paroi utérine très mince. Fait contradictoire la grossesse siège dans la corne droite alors que, de ce côté, a été pratiquée antérieurement une salpingectomie. La minceur de la paroi utérine au niveau de la corne permet de comprendre la possibilité de perforation sans que le chirurgien puisse avoir à se reprocher un geste violent ou maladroit.

HISTORIQUE

L'histoire des perforations utérines instrumentales est évidemment intimement liée à celle des instruments même, à celle de la technique du curettage. C'est ainsi que nous pouvons envisager deux périodes bien distinctes :

1° Avant l'apparition de l'hystéromètre et de la curette c'est la phase qui est presque toujours une période d'abstention opératoire : le grand précepte des anciens est de laisser la nature agir selon sa bonne volonté. C'est du moins ce que pensent Hippocrate et Paul d'Egine. C'est également ce que proposent, au Moyen Âge : Ambroise Paré, Dionis, Mauriceau. Pourtant tous ces auteurs ont inventé des instruments, des pinces ; ils préfèrent employer le « curage » de préférence au « curettage ».

Toutefois quand ils sont obligés de recourir aux pinces et aux tenettes, ils signalent des accidents graves, en tous points semblables à nos modernes perforations.

2° Vers le milieu du XIX^e siècle apparaît le curettage avec l'instrumentation restée classique de nos jours : C'est un véritable engouement et les auteurs sont obligés de freiner. De toutes parts en France, comme en Allemagne, des cas de perforations sont signalés, des articles paraissent, des thèses sont consacrées à ce sujet, citons parmi les plus connus, ceux de Lenoir, Rebreyend et Riche.

Les premières statistiques allemandes (Stumpf, Puppe) portent déjà sur 150-200 cas. Ces chiffres vont en augmentant après la Grande Guerre, pour atteindre 300 cas.

Les travaux se multiplient pour aboutir en France , au premier recueil synthétisant toutes les recherches sur la question : La thèse de Bergougnan en 1930.

Les Sociétés Savantes, elles-mêmes, s'émeuvent d'une affection qui devient fréquente, et dont les suites sont beaucoup plus graves qu'on l'avait cru tout d'abord : d'où les discussions si passionnées de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique, et de la Société Nationale de Chirurgie, en 1931 et 1934. Depuis cette date il faut encore retenir quelques thèses françaises.

En 1937, un important travail de Grasset, qui envisage non seulement la thérapeutique, mais aussi la prophylaxie de la perforation. Puis, en 1938, la thèse de Zimmermann. En 1939 les thèses de Wasnienski, German et Toublanc, les unes consacrées à l'étude des perforations utérines dans leur ensemble, les autres à la perforation utérine instrumentale au cours du curettage pour rétention placentaire.

Enfin, nous ne saurions terminer sans citer les noms des auteurs et les meilleurs ouvrages sur l'avortement, « Les perforations instrumentales de l'utérus gravide et les moyens de les éviter » de Péhan et Katz et « Les Avortements Mortels » de Mondor. Ce sont respectivement, en langue allemande et française les ouvrages récents les plus complets sur la question.

En reprenant aujourd'hui la question, nous nous proposons d'insister sur deux points plus particuliers :

1° Un facteur étiologique et anatomo-pathologique bien spécial, à savoir ; la grossesse angulaire ;

2° Un facteur thérapeutique : à savoir qu'elle doit être la conduite à tenir et la meilleur thérapeutique en présence d'une perforation utérine créée et reconnue à temps.

ETIOLOGIE

Grasset, recherchant dans la littérature mondiale les différentes publications effectuées sur la question, ne trouve que 550 cas de perforations utérines décrits tant dans les comptes-rendus des Sociétés Savantes, que dans les Articles, Ouvrages ou Thèses.

C'est peu par rapport au nombre considérable de curetages qui sont effectués chaque année et ceci depuis presque un siècle. Cela tient sûrement, comme nous le disions plus haut, à une certaine retenue de la part des auteurs qui n'osent publier leurs mauvais résultats, leurs accidents.

Les causes qui conditionnent une perforation instrumentale au cours d'un curetage sont d'ordre divers. Il en est deux sur lesquelles nous insisterons au chapitre anatomo-pathologique car elles nous semblent particulièrement importantes : ce sont l'état de l'utérus et l'état de la présentation.

Recherchons les différentes causes à retenir :

A. *L'état de l'utérus avant le curetage* est un facteur très important dans la genèse des perforations utérines.

Un utérus gravide, par lui-même, est déjà sujet à certaines modifications telles que : infiltration séreuse, ramollissement des parois, diminution d'épaisseur et de résistance de certaines zones.

De plus, les parois utérines peuvent être le siège d'infection plus ou moins prononcée et tous les auteurs y insistent avec Jean-Louis Faure et Mondor,

Il n'est pas rare, à distance de la perforation, de constater au microscope que les faisceaux musculaires sont dissociés non seulement par l'infiltration séreuse, mais par une inflammation microscopique diffuse. C'est d'ailleurs là un fait constant bien qu'il passe en général totalement inaperçu, étant indolore et apyrétique.

A un stade plus avancé, cette infection sera non plus microscopique, mais macroscopique, il se développera une de ces lésions : abcès, gangrène ou infarctus sur lesquels nous reviendrons.

Enfin, avant que le curettage ne soit pratiqué, il faut bien savoir, comme le fait remarquer Bergougnan, que la perforation existe en puissance amorcée par les tentatives d'avortement criminel et les manœuvres qui ont été faites dans ce but. Et dans ces menaces de perforation ou même ces perforations qui précèdent le curettage, il faut retenir non seulement celles qui sont dues à un instrument quelconque, mais encore celles qui sont causées par des injections caustiques, l'eau de savon entre autres.

B. — *L'instrument* en cause peut donner des perforations bien différentes dans leur symptomatologie et leur gravité.

Ce sont avant tout la curette et les pinces qui retiendront notre attention.

Mais alors que la curette, surtout si elle est assez grosse et non tranchante, est relativement peu blessante pour l'utérus et ne l'est pas pour les organes voisins (20 lésions intestinales sur 119 perforations dans la statistique de Stumpf) les pinces au contraire constituent l'instrument de beaucoup le plus dangereux et d'autant plus qu'elles sont plus fines et plus étroites (pinces à pansement, pince à faux germe) elles sont redoutables aussi bien pour l'utérus qu'elles peuvent blesser en un point quelconque que pour les organes voisins qu'elles blessent dans la proportion de 90 % des cas.

Quant aux autres instruments : dilatateurs, bougies,

hystéromètre, ils semblent donner des perforations beaucoup plus rarement ; il n'est pas jusqu'au doigt qui eut pu être incriminé dans le curage digital.

C. — *Le Chirurgien* : et il semble bien que le degré d'expérience de l'opérateur doive entrer en ligne de compte.

Le curettage a été longtemps considéré comme une intervention bénigne, pouvant être pratiquée par n'importe qui, n'importe où, dans n'importe quelles conditions. Toutes les statistiques s'accordent à reconnaître que la majeure partie des accidents est due non à des chirurgiens qualifiés, mais à des médecins de VILLE, s'étant livrés à des interventions, dans un milieu non propice : curettage ayant duré plusieurs heures, ayant permis de ramener à la vulve les organes les plus divers : intestin grêle, colon, sigmoïde, MÉSENTÈRE, uretère et vaisseaux iliaques, etc...

D. — *Certaines manœuvres* prédisposent aux perforations : tels les curettages effectués dans de mauvaises conditions matérielles, au cabinet du médecin ou sur un utérus dont le col n'est pas dilaté.

E. — Enfin certaines anomalies dans la gestation peuvent être cause de perforation, telles sont les malformations utérines, les anomalies placentaires telle que môle hydatiforme ; les vices de position : par les pieds. Nous devons retenir les grossesses angulaires sur lesquelles nous allons revenir.

Les causes de perforation utérine instrumentale au cours du curettage sont donc nombreuses : il est juste d'ajouter qu'elles conditionnent dans une certaine mesure la gravité de l'accident et du pronostic ultérieur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Notre but, en abordant ce chapitre, ne sera pas d'envisager en détail l'anatomie pathologique des perforations utérines instrumentales mais nous voudrions, en insistant plus spécialement sur deux points, à savoir : les lésions de l'utérus et les anomalies utérines, tenter de dégager dans une certaine mesure la responsabilité de ceux qui croient avoir commis une faute grave en perforant un utérus au cours d'un curettage.

A. LES LÉSIONS UTÉRINES

« Ne perfore pas un utérus gravide qui veut » pourrait-on dire, ou mieux : pour qu'un utérus soit perforé au cours d'un curettage il faut qu'il soit dans des conditions anatomiques bien spéciales.

En effet, mises à part les transformations des parois utérines sur lesquelles nous avons insisté, il existe, du fait de l'avortement criminel ou non, des lésions utérines que l'on retrouve avec une quasi constance lorsqu'on est obligé de pratiquer une hystérectomie dans les heures qui suivent le curettage.

Que la lésion utérine siège sur l'isthme comme on peut le rencontrer, ou sur le corps utérin comme c'est la règle, sur le fond ou sur une face antérieure ou postérieure, on rencontre en général une des lésions infectieuses suivantes :

— soit des abcès utérins, ils traduisent l'évolution des processus infectieux périlymphatiques ou périvasculaires

connus et étudiés depuis peu de temps, ils sont en réalité assez rares.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître leur origine traumatique criminelle, l'infection se développant primitivement au point lésé ; il peut ainsi y avoir un ou plusieurs abcès, un seul ou plusieurs étant à l'origine de la perforation.

— soit des gangrènes utérines, elles sont fréquentes, considérées autrefois comme primitives, on s'accorde à penser, à l'heure actuelle, qu'elles sont également d'origine traumatique criminelle.

D'étendue plus ou moins vaste, elles peuvent se compliquer secondairement de perforation. Ces lésions gangréneuses, antérieures à tout acte chirurgical, se distinguent en général assez facilement des lésions analogues développées à la suite de la perforation.

— soit des lésions d'infarctus utérins. C'est certainement à Mondor que revient le mérite de les avoir le mieux étudiées. Ils sont aussi le fait d'un traumatisme, celui-ci pouvant se résumer en une injection intra-utérine par eau de savon notamment.

Leur étiologie semble beaucoup plus complexe en réalité. Au traumatisme proprement dit viennent se surajouter des lésions d'ordre clinique, toxique et infectieuse.

Toutes ces lésions, si elles ne sont pas de règle, sont si fréquentes, qu'il semble inutile d'insister sur la prudence à observer au cours d'un curettage post-abortum.

B. LES ANOMALIES UTÉRINES

Nous rapporterons tout d'abord, brièvement résumée, la récente observation de Portes, Varangot et Thoyer Rozat (Société de Gynécologie et Obstétrique, 1^{er} décembre 1941) :

Malade âgée de 28 ans, habituellement bien réglée, a eu antérieurement trois accouchements et une fausse couche. Le dernier accouchement a eu lieu le 15 juin 1941.

Peu après la malade commence à avoir des pertes rosées et blanches fétides, quotidiennes. Son retour de couche se fait le 20 juillet. z

La malade entre à la maternité de Bichat, le 18 octobre 1943 : le col est légèrement dilaté, l'utérus un peu gros et on pense à la possibilité d'une rétention placentaire, on pratique une hystérogaphie qui montre un utérus mal-formé, avec deux cornes profondes, la gauche écornée vraisemblablement par la rétention.

On dilaté le coi par des lamineaires et le 22, sous anesthésie générale on pratique, avec une extrême prudence le curettage. On ramène quelques débris. On fait une insufflation de Septoplrix.

L'intervention semble avoir été normale. Trois heures après, la malade réveillée se plaint d'une vive douleur remontant à l'épaule droite, son état de shock est marqué.

L'abdomen est meteorisé, distendu, immobile, il est extrêmement douloureux mais sans contracture.

Le T. V. est également douloureux dans l'ensemble des culs de sac.

Le diagnostic est d'abord celui d'hémorragie interne, mais on songe bientôt à la possibilité d'un pneumo-péritoine, et l'on intervient: incision médiane. De l'air s'échappe du péritoine ; on trouve sur la corne droite utérine, où l'on avait fait qu'un curettage discret, une perforation.

Hystérectomie subtotale avec conservation des annexes. Fermeture de la paroi. Transfusion, suites simples.

Examen de la pièce : utérus doublé avec cloison descendant bas, corne gauche volumineuse, la corne droite porte une perforation de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes.

Au microscope, on ne trouve pas de lésion d'endométriose. Par contre la muqueuse corcée est le siège d'une infiltration plasmocytaire importante.

Cette observation se rapproche étrangement de la nôtre, dans les deux cas il s'agissait de malformation utérine ou de vice de position de la présentation. Le résultat était le même. On pouvait parler de grossesse angulaire. Certes, ce ne sont pas des cas extrêmement fréquents et Grasset ne semble pas en avoir retrouvé de cas dans les quelques 600 dossiers qu'il a dépouillés.

Il n'en reste pas moins que c'est là une éventualité à laquelle il faut songer, même chez une femme multipare qui aurait eu auparavant des grossesses normales ou même des curettages sans incident.

Le seul moyen de les reconnaître à temps serait de faire une hystérographie systématique, moyen bien radical, mais difficilement applicable dans la pratique, dangereuse même dans certains cas.

D'ailleurs la grossesse angulaire, même reconnue antérieurement au curettage ne pourrait qu'inciter à plus de précaution.

Et pour rejoindre les conclusions de Portes, Varangot et Thoyer Rozat : même averti du cas spécial auquel on s'attaque ce n'est pas une raison suffisante pour que l'accident ne s'en produise pas moins.

En insistant sur ce point de détail étiologique et anatomo-pathologique, bien spécial, nous n'avons eu d'autre but que de signaler là un cas bien particulier qui croyons-nous n'a jusqu'à présent retenu l'attention d'aucun auteur.

C. LES LÉSIONS ASSOCIÉES.

Nous serons bref. Elles sont des plus diverses. Les moins graves de toutes sont sans contredit les lésions épiploïques quand elles n'intéressent pas un gros vaisseau.

A l'inverse, les lésions intestinales sont graves. Toutes les portions de l'intestin peuvent être atteintes, tous les

degrés de lésion observés, depuis la simple contusion, jusqu'à la désinsertion ; la déchirure à l'emporte pièce.

Mais tous les autres organes abdominaux peuvent être lésés et pour ne noter que les plus communs : l'ovaire, ou la trompe, les vaisseaux du petit bassin, la vessie, le rectum, les uretères.

Enfin, pour terminer, n'a-t-on pas signalé la présence de corps étrangers intra-abdominaux introduits par la brèche de perforation ?



CLINIQUE

Rien n'est plus variable que la clinique et l'évolution d'une perforation utérine : depuis la forme spontanément curable ou qui passe inaperçue, jusqu'à la forme immédiatement grave et qui entraînera la mort rapidement et ceci que l'on intervienne ou non, on peut trouver tous les intermédiaires, tous les stades, toutes les variétés.

Nous envisageons nécessairement la clinique et l'évolution des perforations utérines instrumentales.

I. — CLINIQUE

1° Il existe des formes *bénignes spontanément curables*, quelques-unes sont connues et citées par les auteurs, la plupart restent ignorées des chirurgiens ou des médecins qui ont commis une maladresse et ne s'en sont pas rendu compte, ou bien ont laissé agir la nature.

Certes, il est difficile de parler de perforation utérine si elle n'a pas été constatée par la laparotomie ; mais il existe dans la littérature même des cas de perforations manifestes, avec accidents graves telle que hernie d'une anse intestinale et qui guérissent spontanément. Bergougnan, Quénu en rapportent.

On peut admettre que peuvent guérir spontanément un certain nombre de perforations :

1° Celles qui sont petites, sans blessure d'organes intra-abdominaux ;

2° Celles qui sont aseptiques, bien qu'il soit difficile d'admettre qu'une perforation au cours d'un curettage survenant bien souvent après une série de manœuvres abortives, puisse être aseptique.

En réalité ces formes restent l'exception et si au cours d'un curettage on a l'assurance d'avoir été cause d'un accident, on pourra, dans certains cas, attendre avant d'intervenir, mais cette attente devra être une expectative armée. La surveillance devra être rigoureuse et à la moindre modification du tableau clinique dans ses signes physiques ou généraux, on devra pouvoir intervenir.

C'est ce que nous fîmes pour notre malade où nous attendîmes 12 heures avant de pratiquer la laparatomie.

Il faudra également savoir qu'il n'y a aucun rapport entre la gravité des lésions et la gravité de l'état de la malade. C'est pourquoi, dans certains cas, avec grosses lésions abdominales on a pu parler de « latence » de la perforation. A l'inverse, dans certaines formes où de minimas lésions ont été constatées, l'évolution peut devenir rapidement grave.

De ceci nous devons retenir que ces formes spontanément curables doivent être considérées comme exceptionnelles et que l'on devra donc par conséquent se garder d'un optimisme exagéré.

2° A l'inverse, et ceci est la *règle*, il existe des formes graves qui vont se manifester rapidement par un tableau clinique extrêmement grave.

— tantôt nous retrouvons des signes d'hémorragies internes. Ceux-ci se constituent rapidement, en une heure ou moins on retrouve l'hypotension, la pâleur, l'agitation, la faiblesse du pouls, la décoloration des muqueuses, le refroidissement des extrémités.

Les signes d'hémorragie interne peuvent être encore plus graves et plus rapides si un gros pédicule a été touché.

— tantôt nous retrouverons des signes de péritonite et

ce sont, de beaucoup, les formes les plus fréquentes : soit la grande péritonite aiguë classique avec l'abdomen contracté dans son ensemble et ballonné, les vomissements, les signes généraux et la douleur intense ; soit la péritonite à diffusion plus lente, mais plus grave, car elle peut passer inaperçue au début auprès d'un médecin non averti qui laissera passer l'heure de l'intervention. Soit la péritonite localisée si le péritoine réagit et cloisonne la cavité abdominale.

— tantôt nous retrouverons des signes d'occlusion bien que ce soit là des formes peu fréquentes ; elles ont été signalées par différents auteurs : Kuss, Schmidt. Elles se manifestent par le tableau classique de l'occlusion aiguë.

II. — EXAMEN DE LA MALADE.

Cet examen devra avoir pour but de rechercher un certain nombre de points.

— Tout d'abord par l'*anamnèse*, on s'efforcera de rechercher tous les signes qui permettront de penser qu'il y a eu perforation :

L'interrogatoire devra avoir pour but de mettre en évidence l'existence des manœuvres criminelles antérieures ; on recherchera également si au cours du curettage des manœuvres ou des gestes maladroits ont pu être commis.

— Puis, on s'efforcera de *mettre en évidence* la perforation elle-même et certains auteurs n'hésitent pas à préconiser l'exploration de la perforation, perforation instrumentale ou digitale ; nous ne croyons pas devoir souscrire à de pareilles techniques qui ne peuvent qu'aggraver une lésion déjà grave en elle-même et diffuser sa septicité.

Par contre, la présence au col utérin ou à la vulve d'organes intra-abdominaux : intestin ou mésentère, signaleront la lésion.

— On pratiquera ensuite, un *examen* de la femme pour rechercher les signes d'hémorragie, de péritonite ou d'occlusion décrits plus haut.

— Enfin, on s'efforcera toujours de rechercher les *lésions associées* et au cours d'une perforation instrumentale tous les organes intra-péritonéaux ou sous péritonéaux peuvent être atteints. C'est donc un examen complet des organes, pleins et creux de l'abdomen, des vaisseaux et de l'appareil urinaire qui devra être pratiqué.

III. — EVOLUTION.

Elle est extrêmement variable et impossible à prévoir en présence d'une perforation qui vient d'être faite.

Elle dépend, en effet, d'un nombre considérable de facteurs.

C'est ainsi que les perforations effectuées par curettage après avortement par manœuvres criminelles, sont beaucoup plus graves que les perforations effectuées par curettage pour avortement thérapeutique, par exemple.

De même, devront être envisagés dans les éléments du pronostic ; l'instrument en cause, et nous avons vu que les instruments préhensifs sont de beaucoup les grands responsables ; le siège des lésions sur l'utérus ; les lésions associées.

Les conditions qui ont causé la perforation sont également à considérer : une perforation que l'on peut considérer comme aseptique, effectuée par un chirurgien, au cours d'un acte « chirurgical » sera beaucoup moins grave qu'une perforation effectuée dans des conditions de septicité évidente, loin d'un centre chirurgical.

PROPHYLAXIE

Ce fût ce point de vue de la prophylaxie des perforations utérines instrumentales qui retint l'attention de la Société de Chirurgie en 1934. Les perforations deviennent de plus en plus fréquentes ; mais peuvent-elles être, jusqu'à un certain point, évitées ?

Plusieurs points de vue sont à envisager :

A. Il semble que le *nombre de curettages effectués soit beaucoup trop grands* et l'on se ressent encore de l'engouement qui se manifesta quand le curettage et son instrumentation furent mis à la disposition de tous les praticiens.

Certains auteurs pratiquent le curettage systématique, d'autres sont, au contraire, résolument abstentionnistes. En réalité, le curettage devrait être réservé aux cas graves, aux cas où l'avortement se complique d'hémorragie ou d'infection de la rétention placentaire, et encore, si l'on étudie les conclusions de nombre d'auteurs, il en est qui s'accordent à reconnaître qu'une hémorragie grave peut rétracter médicalement, qu'une rétention placentaire infectée ne sera pas améliorée par l'évacuation utérine.

B. Lorsque l'indication de l'évacuation aura été posée, et semble devoir être résolue par l'affirmative, il restera à poser l'indication de l'intervention à effectuer.

Le col devra-t-il être dilaté ? Et, s'il l'est, devra-t-on préférer le curage digital au curettage instrumental ? Les

deux théories s'abordent et se confrontent en se basant sur des arguments historiques, personnels, statistiques.

— *Arguments historiques.* Les partisans du curage reconnaissent l'accroissement du nombre des accidents depuis l'invention de la curette.

— *Arguments personnels.* Les auteurs restant fidèlement attachés à leur technique personnelle.

— *Arguments statistiques.* Des auteurs comme Schottmuller donnent des statistiques plus favorables au curetage qu'au curage.

En réalité, que retenir de ces débats au point de vue prophylactique ?

Qu'il faudra toujours agir avec une extrême prudence surtout si :

— L'on soupçonne la possibilité de manœuvres abortives antérieures.

— Si le col est fermé ou se dilate mal.

— Si l'on est en milieu visiblement infecté.

— S'il s'agit d'une grossesse avancée, la prudence devant aller en augmentant avec l'âge de la gestation.

— Si la femme est *endormie* et se trouve dans l'incapacité d'accuser une anomalie dans le déroulement de l'intervention.

TRAITEMENT

Nous ne saurions aborder ce chapitre sans mettre en présence les deux grandes Ecoles qui ont étudié et écrit sur les perforations utérines instrumentales : les abstentionnistes et les interventionnistes.

Les premiers, qui comptent des noms éminents : Jean-Louis Faure, Lenormand, Hartmann, Sauvé, se refusent à l'intervention systématique, dans le doute où l'on est dans de certains cas de l'existence de la perforation, dans le doute également de savoir s'il ne surviendra pas une guérison spontanée.

Pour les interventionnistes, au contraire, qui se rangent derrière Mondor, il ne faut guère compter sur une guérison spontanée dont certes quelques cas ont été cités (cas de Sindey). Il faut intervenir systématiquement, ne serait-ce que pour une intervention exploratrice, l'expectative armée étant plutôt une « expectative mal armée » ; la perforation utérine étant une vraie plaie pénétrante abdominale.

R. Monod s'est d'ailleurs élevé contre cette comparaison classique : cette perforation siège au point déclive de l'abdomen, dans une région qui en communication normale avec l'extérieur est déjà vaccinée ; elle n'intéresse pas un organe comme l'intestin qui, après sa blessure, continue à déverser ses produits toxiques et septiques ; enfin, l'utérus par sa structure a tendance à la fermeture spontanée de la perforation.

I. — LES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Deux grands procédés opposés s'affrontent : un procédé conservateur, un procédé radical.

En faveur du procédé conservateur, joue un certain nombre d'arguments, ce serait le traitement de choix puisqu'il conserve la fonction, ce qui est important puisqu'il s'agit de femmes jeunes ; une perforation suturée et guérie ne gêne en rien une grossesse ultérieure, comme le rapportent bien des auteurs ; elle n'est pas spécialement facteur de troubles génitaux, douleurs ou métrite chronique.

Mais cette suture n'est pas toujours réalisable et elle risque bien souvent la désunion et l'infection, non seulement de l'utérus, mais de la cavité péritonéale.

En faveur du procédé radical se rallient de nombreux auteurs qui ont pu voir les mauvais résultats de la suture : celle-ci peut être difficilement réalisable, elle risque de créer de graves troubles d'infection, enfin elle est choquante. Par contre l'hystérectomie peut être une intervention de nécessité lorsqu'il y a infection grave, surtout infection péritonéale.

En réalité ce n'est pas une question de doctrine, mais plutôt une question de cas et d'espèces. Ce n'est guère que guidé par les circonstances que l'on pourra agir dans un sens ou dans l'autre.

II. — LES TECHNIQUES OPÉRATOIRES.

Ici aussi deux grandes techniques s'affrontent : les interventions par voie vaginales ; les interventions par voie haute.

Dans les premières, si l'on met à part des interventions d'exception, comme la colpotomie simple ou la suture par voie vaginale, on doit surtout retenir l'hysté-

rectomie par voie vaginale qui, de l'avis de tous les auteurs, est une opération :

- rapide,
- peu choquante,
- facile.

Elle rallie les suffrages de bon nombre d'auteurs, mais elle présente un très grave défaut : elle est aveugle et ne permet pas de vérifier l'état de la cavité abdominale.

Les interventions par voie haute semblent préconisées par la plupart des chirurgiens. Une fois la laparotomie exécutée on pratiquera :

— soit une suture utérine, qui devra nécessairement être précédée d'une révision de la cavité utérine, et d'un épluchage soigné des bords de la plaie de perforation et être suivie d'un renforcement, d'un recouvrement de la cicatrice par un lambeau péritonéal, par une extra-péritonisation.

— soit une hystérectomie totale ou subtotale, la première permettant un meilleur drainage et préférée par les auteurs allemands.

III. — LE TRAITEMENT DES LÉSIONS ASSOCIÉES.

Ces lésions sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne pourrait le croire, puisque Grasset en retrouve 203 sur 466 cas collectionnés.

Sans nous éloigner du but de cette thèse, résumons brièvement les indications opératoires devant de telles lésions :

Les lésions épiploïques, les moins graves seront traitées par la simple résection ;

Les lésions artérielles, très graves, seront traitées selon les troubles qu'elles peuvent engendrer : ligature simple ou multiple, résection, exceptionnellement suture ;

Lésions intestinales, les plus fréquentes nécessiteront

selon les cas, un tamponnement simple (en cas de contusion), des résections plus ou moins étendues (en cas de perforations multiples), des sutures (en cas de perforation simple) ;

Les lésions vésicales, beaucoup plus rares, exigeront, soit la suture simple en deux plans, soit la dérivation momentanée des urines par aptostomie.

IV. — CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES.

Nous ne saurions mieux faire, pour terminer ce chapitre de traitement, de faire nôtres, les conclusions de Mondor :

En présence d'une perforation utérine instrumentale, au cours d'un curettage post-abortum, on doit :

1° *Intervenir*, malgré les cas de guérisons spontanées qui ont été signalées ;

2° *Intervenir précocement*, et ne pas attendre l'infection. Toutefois, comme dans l'observation citée, où la perforation a été faite par un instrument aseptique, et en milieu hospitalier, où l'on est prêt à intervenir à tout moment, il est possible d'attendre quelques heures. Ceci est particulièrement intéressant pour les malades chez lesquels l'état de shock est prononcé; on peut profiter de ces quelques heures pour remonter la malade.

3° Ne pratiquer *qu'exceptionnellement*, la colpotomie et l'hystérectomie vaginale ;

4° Mais préférer de beaucoup la *laparatomie*, qui permettra, selon les cas, de suturer ou d'hystérectomiser, et surtout donnera la possibilité de vérifier l'intégrité des organes abdominaux et pelviens.

CONCLUSION

Les perforations, au cours des curettages, sont des accidents relativement fréquents et graves. Leur étiologie est complexe : elle fait intervenir les lésions utérines antérieures, l'instrumentation, les manœuvres criminelles, et surtout, la pratique du curettage dans de mauvaises conditions (à domicile).

La symptomatologie est parfois évidente, mais il ne faut pas oublier la fréquence des formes frustes, qui ne sont pas forcément spontanément curables.

Le traitement prophylactique vise à faire du curettage un acte chirurgical à ne mettre qu'entre des mains expérimentées.

Le traitement curatif doit être aussi précoce que possible. On doit préférer les interventions par voie abdominale : soit suture, soit hystérectomie, suivant l'importance des lésions. On ne doit pas omettre de traiter les lésions associées.

Vu,

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu,

Le Président de Thèse :
MOCQUOT

Vu et Permis d'Imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE. — *Société de Chirurgie*, 30 mai 1934.
- ALLAINES (d'). — *Société de Chirurgie*, 30 mai 1934.
- AMELINE. — *Soc. Obs. Gyn.* Paris 7 décembre 1931.
- ANANOW. — Deux cas de perforations utérines avec rupture de l'intestin.
Med. Rec. New-York, 1920, p. 292.
- ANDERODIAS. — A propos des perforations utérines, *Journal Méd. de Bordeaux*, 1907, p. 314.
- ARNOULD. — *Marseille Médical*, 5 nov. 1930. Le Traitement des perforations utérines.
- ASCHEIM. — *Monats Zeitsch. gebart Stuttgart*, 1911, p. 507.
- BALARD. — Perforation utérine constatée au cours d'un curetage pratiqué pour avortement criminel.
Soc. Obs et Gyn. Bordeaux, 22 mai 1938.
- BASSET. — Du traitement des perforations de l'utérus au cours du curetage post abortum. *Sté. Obs. et Gyn.* décembre 1931.
- BASSET. — Le traitement perforations utérines in « *La Gynécologie* » Février 1933.
- BATTOMLEY. — Passage d'une sonde utérine à travers la paroi abdominale. *Medical Journal and Record*, 21 septembre 1927.
- BECKMANN. — Deux cas de perforation de l'utérus avec issue de corps étrangers dans la cavité abdominale.
Annales de Gyn. et d'Osbt. Paris, 1916.
- BÉRGOUIGNAN. — Les perforations utérines de l'avortement criminel. *Thèse*, Paris, 1931.

BERGOUIGNAN. — Les perforations utérines de l'avortement criminel.
Le Monde Médical, août, 1932.

BERNARDBEIG. — Les formes cliniques des perforations utérines
constatées au cours du curettage (*Bull. Soc. Obs. Gyn. March.*
1935).

R. BLOCH. — *Société Nationale de Chirurgie*, 1934.

BOURKAIB. — Sur les Perforations utérines. *Revue Médic. et Chir.*
Pratique Madrid, 1916.

BRINDEAU. — *Soc. d'Obs et de Gyn.* Paris 1901.

BROWN, CRAIG. — Perforation de l'utérus avec perforation du grêle.
Médical journal of Australia, 17 mai 1928.

CADENAT et DUFOUR. — *L'Hôpital*, avril 1933.

CHAUVIN. — Perforation vésicale au cours d'une tentative d'avor-
tement. *Soc. Chirurg.* Marseille, décembre, 1928.

CONTRERAS, ORTIZ. — Consideraciones sobre el tratamiento de las
perforaciones uterinas. *Rev. Med. lat. Am.* déc. 1939.

S. CUENDET. — Quatre observations de perforations de l'utérus.
Schweiz. Med. Wch, 27 July, 1935.

CUNEO. — *In Mondor*, page 81.

DACEAS. — Un cas de perforation utérine avec arrachement de
l'insertion tubaire.

Rev. Cubaine de gyn. et Obs. Havane, 1919.

D'ARAGON. — *Soc. Obs. et Gyn.*, Toulouse 12 déc. 1928.

R. DEMOCKAERT : Perforation utérine avec arrachement du mésentère
au cours d'un curettage.

Soc. Belge de Gyn. et Obst. Janv. 1933.

P. DELCOULX. — Traitement des perforations utérines au cours
du curettage *Echo Méd. du Nord* 6 mai 1935.

A. DELORD. — Curettage et perforation utérine *Soc. de Med. de*
Nîmes, in *Echo Méd. des Cévennes*, n° 3, mars 1936.

DEVRAIGNE. — *Medecine Pratique*, Paris 1907, p. 213.

DODERLEN. — *Munchen med. Woch.* 1922, p. 116.

DOUAY. — *Soc. Obs. et Gyn.* 11 Avril 1932.

EICHLAM. — Un cas de perforation utérine.

Zentr. für Gyn. Leipzig, 196.

ENDELMANN. — *Soc. Obs. et Gyn. de Varsovie*, 2 nov. 1921.

ISTOR. — A propos des perforations utérines au cours des curettages post-abortionum.

Cahiers de Pratique Médico-Chirurgicale, Juin, 1939.

EVERKE. — *Mederrheinisch westfälles gesel. f. geb. und Gyn.* 1908.

F. FERRARI. — Sur la conduite à tenir dans les cas de perforation utérine au cours du curettage.

Soc. Nat. de Chir. 23 mai 1934.

FIEUX. — *Journal de Méd. de Bordeaux*, 1902.

Perforations gangréneuses de l'utérus abortif.

FINSTERER. — *Soc. Chir. de Paris*, 1924.

FROMMER. — Sur les perforations utérines.

Weiner Klinik Woch, 1924.

GAUDIER. — *Soc. Chirurgie de Paris*, 1934.

GERMAN. — Contribution à l'étude des perforations utérines.

Thèse, Paris, 1939.

GRASSET. — Contribution à l'étude du traitement et de la Prophylaxie des perforations utérines au cours du curettage post-abortionum. *Thèse*, Paris, 1937.

P. GUENIOT. — Le traitement des perforations utérines au cours du curettage post-abortionum. *Bullet. Médical*, 24 sept. 1932.

F. GUERCIO. — Osservazioni cliniche et anatomiche sulle perforazioni uterine traumatiche.

Atti. Soc. Ital. di Obs. e Gynec. March-April, 1938.

HAMANT et CHALMOT. — Perforation utérine au cours d'un curettage pour rétention fœtale.

Bullet. Sté. d'Obs. et Gyn. Janvier, 1936.

HARTMANN. — *Gynec. et Obst.* 2 février 1932.

HILDEBRANDT. — *Leutr. f. chirurg.* n° 28, 15 juillet, 1933.

- HUET. — *Sté de Chirurg. de Paris*, 1934.
- JANJOU. — Contribution à l'étude de la conduite à tenir dans les perforations utérines au cours de curetage.
Thèse de Montpellier, 1934.
- R. KAR HAUSEN. — Les surprises de l'avortement provoqué. Perforation utérine par curetage post-abortum.
Bruxelles, Méd. Septembre 1937.
- KORZYNSKI. — Perforation of uterus during curetage.
Mediagna, p. 503, jul. 1937.
- ED. LAFONT et SCHEMLA. — Perforation utérine au cours du curetage *Soc. d'Obs. et Gyn. d'Alger*, 1938, p. 698.
- LAQUIÈRE. — Trois cas de perforation utérine.
Bullet. de la Soc. de Chirurgie, 22 mars 1933.
- LEJEUNE. — Les abcès puerpéraux de l'utérus.
Thèse de Paris, 1932.
- LONNE. — Procédé simple facilitant le diagnostic de la perforation utérine au cours du curetage pour avortement.
Zentralblatt für Gynäkologie (Leipzig) 23 déc. 1939.
- LE LORIER. — *Soc. Obst. et Gyn.* 1^{er} février 1932.
- LUCAT. — *In Morlet obs.* 25.
- A. MARTORANA. — Pseudo perforazioni dell' utero.
Riv. d'oct. et Gyn. Septembre 1935.
- MENEGAUX. — Au sujet des perforations utérines après curetage
Progrès Méd. p. 1038, juin 1935.
- METZGER et VALENSI. — Traitement des perforations de l'utérus au cours des curetages. *Soc. d'obst. et de Gyn.* 11-4-32.
- M. MONDOR. — Sur les perforations utérines des avortements et des curetages.
Le Documentaire Médical 1^{er} janv. 1935.
- MONOD et KIRALY. — Les perforations de l'utérus infecté.
Presse Médicale, 30 août, 1930.
- MORLET. — Perforations de l'utérus puerpéral.
Thèse de Paris, 1905.

PAUL MOURE. — Quelle conduite faut-il tenir à la suite d'une perforation utérine survenue au cours du curettage.

Bul. et Mem. Soc. Nat. de Chirurgie, 1934.

MOTTO. — *Atti di Soc. Lomb. di med. et biol.* Milano, 1920, p. 518.

H. NERSON. — A propos de la perforation utérine au cours du curettage.

Bull. Soc. obs. et gyn. July, 1935.

H. NERSON. — A propos de la perforation utérine.

In Strasbourg Médic. 25 juillet 1935.

OTTOF. — *Zeut für Gyn.* n° 46, 10 déc. 1928.

PAPERNA. — *Thèse de Strasbourg*, 1930.

PARRY. — *In Indor*, p. 219.

G. PASCALIS. — Curettage et perforation utérine.

Progrès Médic. 16 mars 1935.

G. PASCALIS. — Curettage et perforations utérines.

« *La Sage-femme et le puériculteur* » Avril 1935.

P. PEIFFER. — *Zeutvalblat f. Gyn.* 1917, n° 9.

G. PICOT. — *Soc. Nat. de Chirurgie* 1934.

PICQUE. — Gangrène et perforation de l'utérus.

Bul. Mém. Soc. des Chirurgiens de Paris, 30 mai 1926.

PILSKY. — *Munich Med. Woch.* 1923, p. 788.

S. R. PINSAN. — Perforation utérine avec inclusion du grêle au cours du curettage. Entérectomie et hystérectomie. Guérison.

Soc. Nat. de Chirurgie 8 fév. 1933.

PLACENTIANU. — *Clin. Médical*, 1^{er} avril, 1931.

L. PORTES, VARANGOT, et THOYER-ROZAT. — Perforation au cours du curettage d'un utérus mal formé.

Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris, 1^{er} décembre 1941.

PROUST. — *Soc. Nat. de Chirurgie*, 1934.

PUPPE. — *Monatsch für Geburt. u. Gyn.* livre 36. p.-291, 1912.

QUACK. — *Gesell. f. Gebb. u. Gyn.* 27 avril 1923.

QUENU. — *Société de Chirurgie* 1934.

RABOT. — Perforation utérine au cours du curettage. Guérison spontanée.

Soc. Gyn. et Obst. de Lyon 7 février 1938.

REBREYEND. — Les plaies profondes de l'utérus.

Thèse de Paris, 1900.

J. ROUFFART-MARIN. — Hystérectomie pour perforation utérine au cours d'un curettage pendant le post partum.

Soc. Belge de Gyn. et Obs. Bruxelles-Médical, 18 juillet 1937.

L. SCHEBAT et LAFFONT. — Perforation utérine au cours de manœuvres abortives.

Soc. Obs. et Gyn. d'Alger 9 février, 1935.

SCHÖCKAERT. — Perforation utérine avec arrachement du mésentère de l'intestin grêle lors d'un curettage post-abortum.

Soc. Belge de Gyn. et Obst. 7 janvier 1933.

SOPPER. — Traitement des perforations utérines au cours de l'avortement.

Inaugural Die, Berlin, 1925.

TANASESCO. — Les perforations utérines au cours du curettage.

Soc. Nat. de Chirurg. 1934.

TARDIEU. — *Etude Médico-légale sur l'avortement.*

TECQMENNE. — A propos des perforations de l'utérus au cours du curettage. *Liège Médical*, 24 sept. 1939.

THOINOT et PAUL. — *Annales d'Hygiène de Paris*, 1907.

TOUBLANC. — Contribution à l'étude des perforations utérines au cours des avortements criminels. *Thèse*, Paris, 1939.

TOURNEUX et GOUZI. — Perforation au cours du curettage. *Sos. Med. de Chirurgie et Pharm. de Toulouse* 17 Nov. 1932.

VALLOIS. — *Réunion Obst. et Gyn.* de Montpellier 4 mai 1932.

ZIMMERMANN dit THAU BERNARD. — Contribution à l'étude des Perforations utérines au cours du curettage. *Thèse*, Paris, 1938.

VIANNAY. — Sur la conduite à tenir en cas de perforation utérine au cours du curettage. *Bul. et Mém. Soc. de Méd. et de Chirurgie*, 1934.

WASNIEWSKI. — Contribution à l'étude des perforations utérines au cours des curettages, *Thèse*, de Paris, 1939.

WEBER. — Deux cas de perforation utérine au cours du curettage avec engagement des anses intestinales. *Soc. Nat. Chir.* 1934.

WEISZ. — Contribution à l'étude des perforations utérines dans l'avortement. *Thèse*, Paris 1935.

